

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOPEZ            | CEDEÑO           | LEYDI CRISTINA | 13                  | 10  | 2004 | 21 años, 1 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314158880        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SIMBOCAL y                   | 099-860-9039 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1314158880      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                   |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Gastroenterología |  | 2025  | 11  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad      |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                                 |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada                  | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                              | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | Valorar síndrome poscolecistectomía persistente |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL REALIZADA HACE 2 MESES, QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA, NÁUSEAS, VÓMITOS POSTPRANDIALES DE CONTENIDO BILIOSO Y FÉTIDO, MAREO, DOLOR ABDOMINAL E INTOLERANCIA ORAL, ADEMÁS DE DEPOSICIONES ESCASAS TIPO DIARREA. REFIERE REINICIO DE MALESTAR DIGESTIVO EN EL ÚLTIMO MES TRAS UN PERÍODO INICIAL ASINTOMÁTICO POSQUIRÚRGICO. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, HERIDA QUIRÚRGICA CICATRIZADA CON LEVE ERITEMA PERO SIN DATOS DE INFECCIÓN. DADO EL ANTECEDENTE QUIRÚRGICO RECIENTE Y LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, SE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DESCARTAR COMPLICACIONES POSCOLECISTECTOMÍA (P. EJ., SÍNDROME POSCOLECISTECTOMÍA, ALTERACIONES DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO, DISFUNCIÓN ESFINTERIANA, LITIASIS RESIDUAL U OTRAS CAUSAS DE ORIGEN HEPATOBILIAR O GASTROINTESTINAL). CELULAR: 0998609039

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| SINDROME DE POSTCOLECISTECTOMIA | K915   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-14 | 09:20 | Medicina Rural | MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO | 0931420442 |       |

## III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

### 2. Resumen del cuadro clínico

### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

### 4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

### 6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-14 | 09:20 | Medicina Rural | MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO | 0931420442 |       |